

インフルエンザ予防接種助成金申請書						
支 部 名	_____ 支 部					
記号・番号	北 建			—		
接 種 者	No	氏 名	続柄	接 種 日	接種費用額	※北建国保使用欄 (助成額)
	1			R 年 月 日	_____ 円	円
	2			R 年 月 日	_____ 円	円
	3			R 年 月 日	_____ 円	円
	4			R 年 月 日	_____ 円	円
	5			R 年 月 日	_____ 円	円
※欄は北建国保使用欄ですので、何も記入しないで下さい。						
※ 合 計	件		人		円	円
<p>上記のとおりインフルエンザ予防接種を受けましたので助成金を申請します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日 組合員氏名 _____</p> <p>上記のとおり助成金の申請がありましたので関係書類を添えて提出します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日 北海道建設国民健康保険組合 _____ 支部長 印</p> <p>北海道建設国民健康保険組合理事長 様</p>						

注意事項

- 予防接種を受けるにあたっては、事前に医師とよくご相談ください。
- 接種費用に応じて一人2,500円まで助成します。
- インフルエンザの種類は問いません。
- 年度内(4月1日～翌年3月31日)に一人につき1回の助成です。ただし、13歳未満は2回目まで助成します。
- 申請には、接種を受けた方、接種日、医療機関名、インフルエンザ予防接種である旨の記載がある領収書の原本を添付してください。
領収書に必要事項の記載がない場合は、接種済証明書や母子手帳などの写しも添付して下さい。

審 査 決 定			
助成件数	助成人数	費用額合計	助成額合計
件	人	円	円